¿Altera el pronóstico la presencia de depresión en nuestros pacientes esquizofrénicos?

Miguélez Silva, M.A.*; López García, M.**
Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. Psiquiatra*. Residente de Psiquiatría**

Introducción

Justificación

La existencia de depresión en pacientes diagnosticados de esquizofrenia está ligada a un peor pronóstico del trastorno esquizofrénico. (18)

Se suele constatar peor evolución, mayor índice de ingresos hospitalarios, peor funcionamiento global y más tasa de suicidio en los pacientes con sintomatología depresiva.

Ante la contundencia de estos datos, nos planteamos la posibilidad de detectar y cuantificar la presencia de depresión en una muestra de nuestros pacientes diagnosticados de esquizofrenia; verificar si la presencia de depresión se relaciona con alguna variable sociodemográfica o con alguna característica del proceso esquizofrénico de nuestros pacientes; y por último estudiar si existe alguna relación con el número de ingresos hospitalarios.

Definición

Esquizofrenia

La esquizofrenia es un síndrome clínico que engloba una psicopatología variable generalmente grave, que repercute sobre las emociones, percepción, comportamiento y que puede llegar a afectar a la cognición.

Se trata de una enfermedad que suele debutar antes de los 25 años de edad, de carácter crónico que puede afectar a gente de todos los estratos sociales. El diagnóstico se hace mediante una correcta exploración clínica del paciente, haciendo especial hincapié en la psicopatología; y hasta el momento actual no existe ninguna prueba de análisis clínicos que nos ayuden en el diagnóstico. (12)

El tratamiento principal de la esquizofrenia se hace mediante antipsicóticos, también llamados neurolépticos o tranquilizantes mayores. En función del mecanismo de acción, existen neurolépticos "típicos" y "atípicos".

Los "típicos" (o de primera generación) tales como el haloperidol, destacan por presentar un notable antagonismo de la actividad del receptor dopaminérgico D2, y un peligro notable de originar efectos extrapiramidales adversos en el sistema nervioso y una mayor liberación de prolactina. (7)

Los "atípicos" (o de segunda generación) son fármacos con un riesgo mucho menor de generar efectos extrapiramidales (clozapina, aripiprazol,...), por lo que son mejor tolerados. (7)

En cuanto a vías de administración, existe la vía oral y la vía intramuscular de larga acción. La ventaja de la vía intramuscular sería básicamente asegurar la toma de medicación, aunque existen datos dispares en los estudios científicos en cuanto a la supuesta mayor eficacia de la vía intramuscular frente a la vía oral.

Depresión

El síntoma afectivo depresivo sería el estado momentáneo anímico bajo sin más síntomas, y el síndrome depresivo sería la suma del bajo estado anímico más pesimismo, culpabilidad, dificultad concentración, anergia, síntomas vegetativos, dificultades cognitivas, ideación autolítica, etc., siendo el síndrome de peor pronóstico.

Relación entre esquizofrenia y depresión

La presencia de depresión en esquizofrenia está relacionada con diversos factores y en cualquier momento evolutivo de la esquizofrenia (15, 19)

Un primer factor sería la presencia de una enfermedad médica o orgánica tales como enfermedades cardiovasculares, infecciones pulmonares, enfermedades autoinmunes, etc. También se relaciona con tratamientos farmacológicos como β bloqueantes, hipnóticos, antineoplásicos, antiinflamatorios, etc. No podemos olvidar el uso de sustancias como alcohol, cannabis, cocaína o narcóticos que pueden influir en el estado de ánimo del paciente esquizofrénico. (18)

Los síntomas del síndrome negativo de la esquizofrenia se solapan con los síntomas del síndrome depresivo en muchos aspectos: disminución interés, placer, anergia o amotivación junto al retardo psicomotor y la dificultad para la concentración. Debido al solapamiento es muy difícil distinguir ambos síndromes.

Otro hecho importante es recordar que los neurolépticos pueden inducir depresión (6). En un estudio se encontró una correlación positiva entre niveles plasmáticos de haloperidol y depresión (13) quizás debido a los síntomas extrapiramidales inducido por dicho neuroléptico.

Las reacciones a eventos estresantes igualmente pueden dar lugar a síntomas depresivos en los pacientes esquizofrénicos, que podrían ser agudos (recortados en el tiempo, secundarios a un evento cercano) o crónicos.

El trastorno depresivo post-psicótico en la esquizofrenia, tiene como características la presencia de un episodio depresivo mayor que se superpone y aparece exclusivamente durante la fase residual de la esquizofrenia, es decir, después de la fase activa de la enfermedad. Apéndice B de DSM-IV-TR. (5)

Por último, es importante reseñar que en los pródromos de una recaída de la enfermedad esquizofrénica pueden aparecer síntomas similares a la depresión como la ansiedad, culpabilidad o abandono. (9 ,10 ,14)

La prevalencia de síntomas depresivos durante el curso de la esquizofrenia varía en función de si se trata de un estudio transversal o longitudinal, y de las escalas usadas.

Existen prevalencias entre 7 al 65%. Gross y Huber (1980) describen síntomas depresivos en curso de esquizofrenia en el 12% de su muestra. Sands y Harrow (1999) detectaron depresión en 30-40% pacientes diagnosticados de esquizofrenia

Más recientemente, la prevalencia de síntomas depresivos parece estar aumentando debido al uso de herramientas que permiten cuantificar mejor. Bressan (2003) estudió un grupo de 80 pacientes esquizofrénicos estabilizados, tratando de detectar depresión postpsicótica con el Calgary encontrando que el 16,3% cumplían criterios de depresión mayor

Martin et al, en 1985 detectaron una prevalencia del 65% de síntomas depresivos en un estudio longitudinal. Hafner (2005) en el ABC Schizophrenia Study y en el ABC Follow up Schizophrenia Study detectó un 26% de síntomas depresivos leves, 14% de depresión subsindrómica y 36% de depresión mayor.

La conclusión de los estudios citados anteriormente es que si el estudio es longitudinal como estos dos últimos la prevalencia aumenta significativamente respecto a los transversales.

Por último, otro tema importante relacionado con la depresión en la esquizofrenia es el suicidio. Las publicaciones científicas estiman que entre el 10 y 13% de los pacientes esquizofrénicos fallecen por suicidio. (8) Uno de los factores que se identificó que está relacionado con la conducta suicida en estos pacientes es la presencia de depresión. (20)

Una revisión de 270 pacientes esquizofrénicos que se suicidaron reflejan que el 60% habían sido diagnosticados de depresión por su médico. (17)

En conclusión, si tenemos en cuenta la elevada prevalencia de depresión en los pacientes esquizofrénicos según los estudios consultados, y las graves consecuencias de la depresión en estos pacientes en forma de posible acto suicida y peor evolución global de la esquizofrenia, parece muy importante estudiar la presencia de depresión en nuestros pacientes esquizofrénicos y comparar su evolución con pacientes esquizofrénicos sin depresión. Por último, viendo que la depresión

en los pacientes esquizofrénicos se relaciona con diversos factores según los trabajos científicos recogidos, intentaremos ver si en nuestra muestra existe alguna relación significativa de la aparición de depresión con algún factor sociodemográfico o característica del proceso esquizofrénico.

Hipótesis de trabajo

Evaluar y cuantificar la presencia de depresión en pacientes diagnosticados de esquizofrenia y analizar primero si existe alguna relación significativa entre las variables sociodemográficas y características de la esquizofrenia de nuestros pacientes y presentar depresión; y por último, estudiar si los pacientes con depresión de nuestra muestra tienen una peor evolución mediante un indicador indirecto (ingresos hospitalarios al año y a lo largo de su proceso esquizofrénico).

Metodología

Diseño del estudio

El estudio se llevó a cabo en la Unidad de salud mental de la Doblada, basándonos en el seguimiento hecho a 50 pacientes diagnosticados de esquizofrenia paranoide (F20.0 CIE 10) durante el año 2009.

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y comparativo, centrado en el número de ingresos hospitalarios del año 2009 y número de ingresos totales con respecto a puntuación en Escala de Depresión de Calgary (Calgary Depression Scale for Schizophrenia, CDSS).

Descripción de la muestra

La población a estudio son un grupo de pacientes a seguimiento en esta unidad de salud mental, que en un principio eran 70 pacientes del que se tuvieron que descartar 20 por presentar diagnósticos distintos como trastorno esquizoafectivo o esquizofrenia simple.

La unidad de salud mental de la Doblada cuanta con 3 psiquiatras, 1 psicólogo, 1 enfermera, 1 auxiliar y 1 administrativa.

La población atendida corresponde a adultos de más de 16 años. Dada la dispersión de los Centros de Salud a los que les corresponde este dispositivo, la población atendida es tanto población rural como urbana

Criterios inclusión:

- Diagnóstico de esquizofrenia paranoide según criterios DSM IV TR
- Edad comprendida entre 18 y 75 años.
- Ambos sexos

Criterios exclusión:

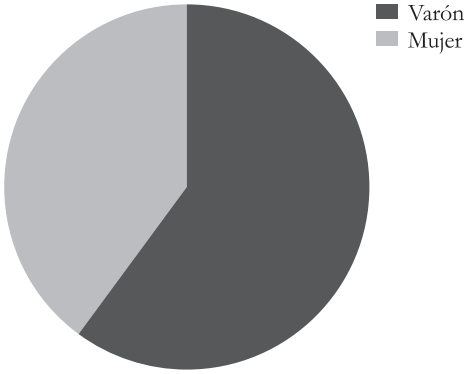
- Otros diagnósticos.

Estudio de la muestra

Teniendo en cuenta criterios explicados anteriormente se obtuvo una muestra de 50 pacientes de las siguientes características:

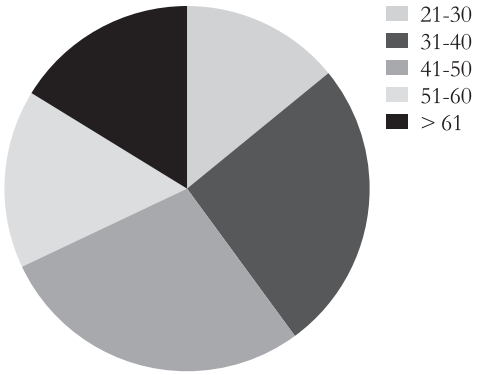
Variables socio-demográficas de la muestra:

Género: hombre (1) y mujer (2). Los hombres representan con su n=30 el 60% y las mujeres con su n=20 el 40%.

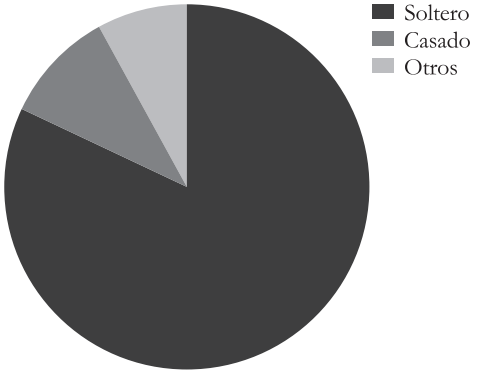


EDAD: (1) menor o igual a 20 años, (2) 21-30 años, (3) 31-40 años, (4) 41-50 años, (5) 51-60 años y (6) mayores de 61 años. Menores de 20 o con 20 años no tenemos ningún sujeto. Entre 21-30 años tenemos un 14%. La mayor frecuencia está concentrada entre 31-40 años y 41-50 años teniendo respectivamente porcentajes de 26% y

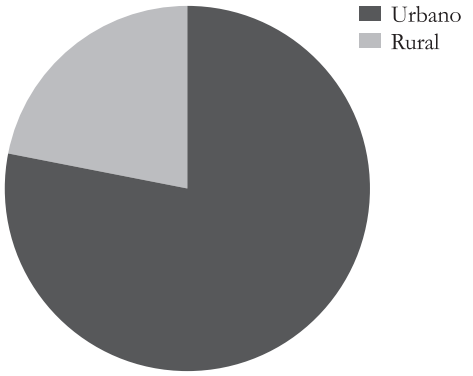
28%. Por último, para 51-60 años y más de 61 años tenemos frecuencias de 16%.



ESTADO CIVIL: (1) soltero, (2) casado y (3) otros. Tenemos una muestra donde el 82% son solteros, el 10% son casados y el 8% restante están en otras situaciones.

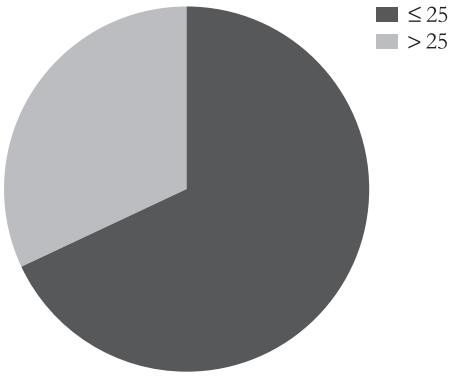


AMBITO DONDE RESIDE: (1) urbano, (2) rural. El 78% viven en ámbito urbano y el 22% restante en el rural.

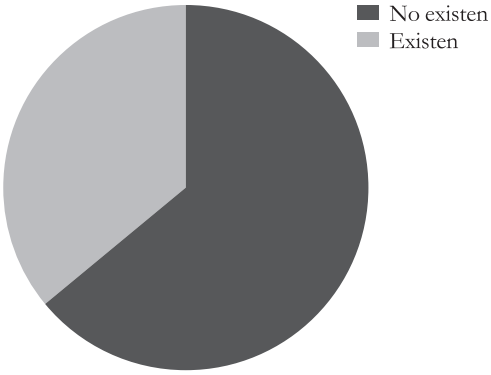


Variables relacionadas con esquizofrenia:

EDAD INICIO ESQUIZOFRENIA: (1) antes de los 25 o a los 25 años, y (2) a partir de los 26 años. El 68% inició enfermedad antes de los 25 o a esa edad, y el 32% a partir de los 26 años en adelante.



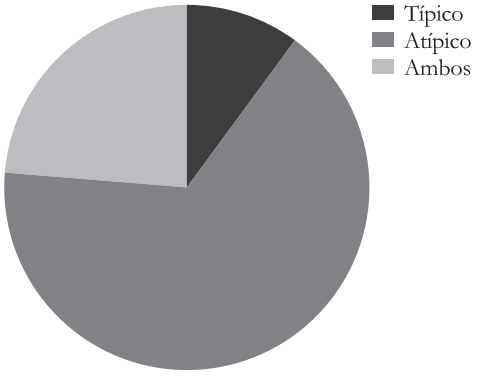
ANTECEDENTES PSIQUIÁTRICOS: (1) no existen antecedentes psiquiátricos, (2) existen antecedentes. El 64% no tiene cualquier tipo de antecedente psiquiátrico, y el 36% restante sí los tiene.



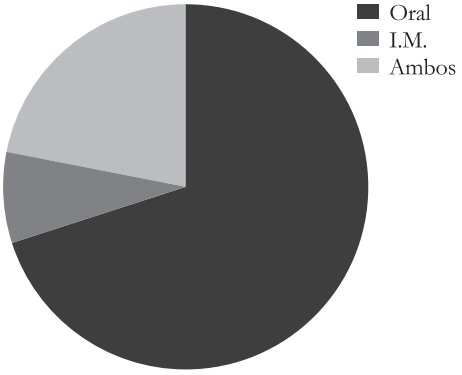
TIPOS DE TRATAMIENTOS: Decidimos dividirlos en dos tablas de la siguiente manera:

- Por un lado *tipo de neuroléptico*, en función de si era típico o atípico: (1) típico, (2) atípico y (3) ambos. Se obtuvo para típico solamente un

10%, la mayoría con atípico solamente 66%, y ambos 24%.



- Por otro, *tipo de administración*: (1) vía oral, (2) vía intramuscular y (3) ambos. Pacientes con tratamiento oral solamente están el 70%, 8% sólo con intramuscular y 22% con ambas vías de administración.



Se recogió el número de ingresos del año de recogida de datos (2009), y el número total de ingresos a lo largo de la evolución de la esquizofrenia.

Descripción de los instrumentos

La Escala de Depresión de Calgary (Calgary Depression Scale for Schizophrenia) es un instrumento desarrollado específicamente para valorar el nivel de depresión en la esquizofrenia, tanto en fase aguda como en los estados deficitarios, al tiempo que trata de distinguir la depresión de los síntomas positivos , negativos y extrapiramidales que pueden existir en la esquizofrenia.(16, 2)

Se trata de una escala de 9 ítems, centrada fundamentalmente en los síntomas cognitivos de la depresión, con una graduación de intensidad sintomática de 4 puntos (ausente, leve, moderado y grave). Debe ser administrada por un clínico, tras una entrevista estructurada y requiere una estandarización previa; y el marco de referencia temporal son las dos semanas previas a pasar la escala. Para los 8 primeros ítems, la escala facilita las preguntas para explorar esos puntos; para la última no hay cuestiones específicas dado que es un ítem observacional.

Proporciona una puntuación total de la gravedad de la depresión, que se obtiene sumando la puntuación de cada ítem (de 0 a 3). Rango de puntuación de 0-27. (1,3). No existen criterios para valorar la severidad de la depresión, debiéndose utilizar la escala como una medida continua de intensidad sintomática. Como es válida para cualquier estadio evolutivo de la esquizofrenia, esta escala nos permitiría un seguimiento evolutivo del paciente y por otro lado valorar el grado de respuesta a nuestras estrategias terapéuticas.

Para identificar la ausencia/presencia de depresión, los autores recomiendan como punto de corte la puntuación de ≥5. (1).

La escala demostró ser capaz de discriminar las medidas de depresión de los síntomas negativos y síntomas extrapiramidales en sujetos con esquizofrenia, superando en este particular a escalas de tipo general como las de Hamilton o Montgomery-Asberg (4).

Recogida, protección y análisis de datos

- Se asignó un código no identificable a cada sujeto incluido en el estudio. Un solo investigador tuvo acceso a los datos de filiación que correspondan a cada código.
- La base de datos está protegida según la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal.

- El análisis de los datos obtenidos fue procesado a través del paquete estadístico SPSS Versión 18 para Windows.
- Los análisis realizados tiene el objetivo principal de estudiar la relación del nivel de sintomatología depresiva medida por el Calgary, y el número de recaídas, cuantificado por número de ingresos totales y en último año.
- Se realizó un análisis estadístico descriptivo para todas las variables, calculando media, desviación típica y rango para las variables cuantitativas y frecuencia
- Este análisis de desarrolló con estadísticos descriptivos, usándose la prueba de Chi-Cuadrado debido a que tratamos variables categóricas o bien el Test Exacto de Fisher en aquellas asociaciones variables 2x2 que diera alguna casilla el valor inferior a 5.

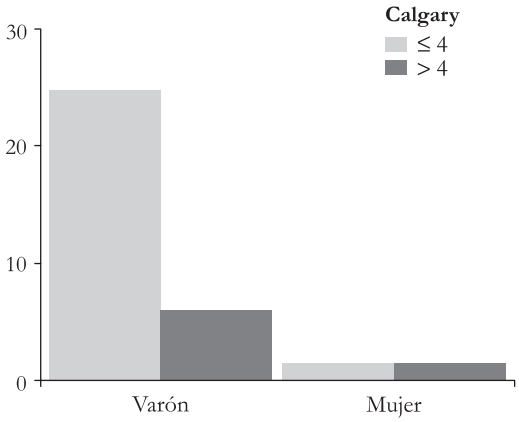
Resultados

Calgary con variables sociodemográficas

Sexo

Analizamos los datos de distribución por sexo de nuestra muestra con los resultados del Calgary. En nuestra muestra, un 76% del total, no presentaban depresión según los datos que reflejó el Calgary. En concreto, un 52% de los que no presentaban depresión eran varones, y el 24% restante eran hembras. El restante 24% del total si presentaban datos de depresión en el Calgary; en concreto un 16% eran de sexo femenino y el 8% restante eran de sexo masculino.

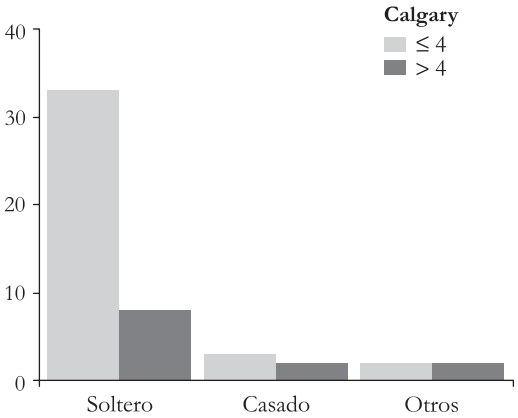
Cuando relacionamos ambas variables, somos obligados a usar el Test exacto de Fisher debido a que contamos con una muestra de tan sólo 50 pacientes. El resultado es significativo, en concreto obtuvimos una $p<0,044$ que significa que existe relación entre ser varón y no presentar depresión, o que las pacientes esquizofrénicas mujeres tienen más probabilidad de presentar depresión. El 66,7% de las mujeres de nuestra muestra presentaban depresión, mientras que los varones, un 68,4% no tenían Calgary >4.



Estado civil

Al relacionar los datos del estado civil frente a los resultados del Calgary, no obtuvimos una relación significativa.

Para los pacientes solteros (1), en nuestra muestra un 66% no presentan depresión, y un 16% si presentan un Calgary mayor de 4. Los casados (2), un 6% no presentaban un Calgary positivo, mientras que un 4% si tenían depresión. Los pacientes que presentan otro tipo de estado civil (viudos o divorciados) (3) presentaban 4% tanto para tener un Calgary mayor de 4 o menor/igual a 4.



Edad

En el apartado de relacionar la edad con el Calgary no obtuvimos datos significativos. Resumiendo, los

datos más llamativos son que de la muestra total el 24% no presentan depresión y están en la franja de edad de los 31 a los 40 años. Tampoco presentan depresión los pacientes que están entre los 41-50 años, siendo el 20% del total de nuestro estudio.

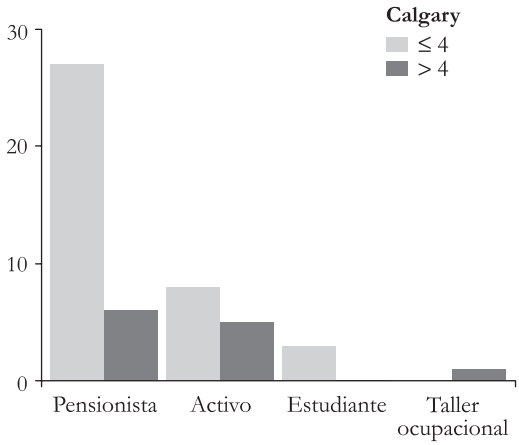
En el apartado de presentar depresión, los datos están muy dispersos. y destacan más entre los 41-50 años representando ser el 8% del total, y los mayores de 61 años que son el 6% del total del estudio.

Situación laboral

El análisis estadístico de la situación laboral frente a los datos del Calgary tampoco es significativo. Destaca que el 54% del total son pensionistas y no presentan depresión y el 16% del total son activos y no presentan depresión.

En el apartado de los pacientes que presentaron depresión, destacan los pensionistas que son el 12% de la muestra y un 10% que son activos.

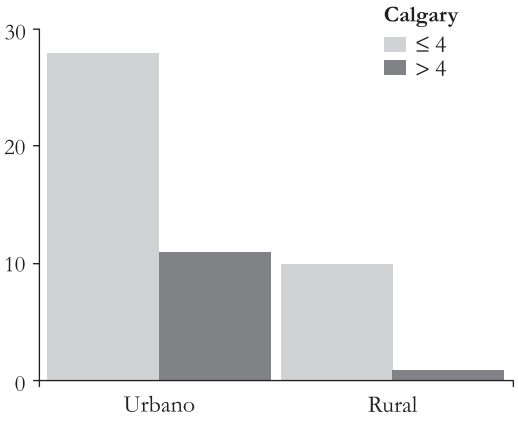
En esta muestra, no hay datos para las celdillas que relacionan estar en un taller ocupacional y no tener depresión, y para ser estudiante y presentar depresión.



Ámbito rural/urbano

Al estudiar las variables del ámbito que proceden los pacientes (urbano 1 y rural 2) con el Calgary no se encontró significación estadística.

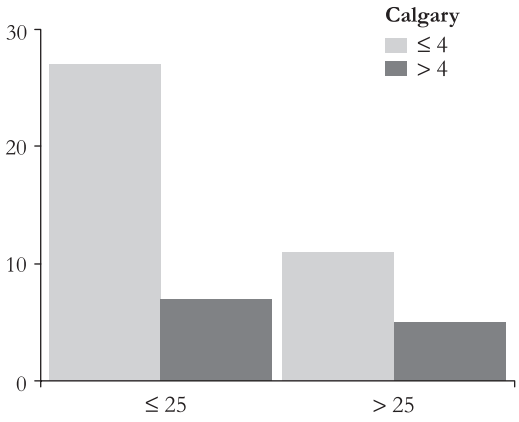
Un 56% de los pacientes son población urbana y no presentan depresión, y por otro lado un 22% de los que viven en ámbito urbano si presentan depresión. La población rural, un 20% no presentan depresión frente a un 2% que si presentan depresión.



Características esquizofrenia

Edad de inicio esquizofrenia

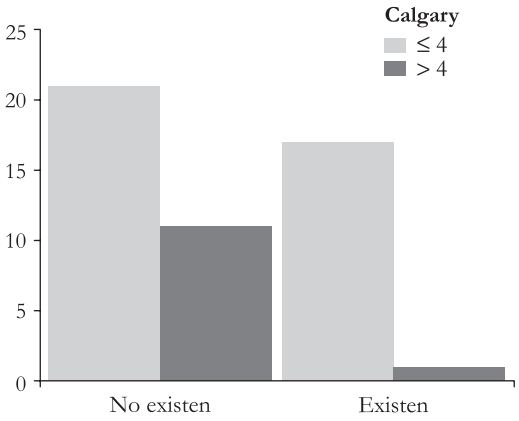
El análisis estadístico para la relación entre edad de inicio esquizofrenia y depresión nos dice que no es significativo. Los datos que obtuvimos son que para los pacientes ≤ 25 años (1), un 54% no presentan depresión, frente a un 14% que si la presentan. Por otro lado, los pacientes de la muestra que tenían >25 años (2), un 22% no presentan depresión frente a un 10% que si presentaban criterios depresión medidos por el Calgary.



Antecedentes diagnósticos enfermedad mental en familia de los pacientes

En el análisis estadístico mediante el Test de Fisher nos da significativo con una p<0,036. En los pacientes que no tienen antecedentes de enfermedad mental en la familia (1), un 42% no tienen depresión, frente al 22% que si presentan depresión. En los pacientes que si tenían antecedentes de enfermedad mental, vemos que en nuestra muestra un 34% no presentan depresión frente al 2% que sí presentan depresión.

Lo que parece más significativo de este análisis es que del 24% de los pacientes que presentan depresión en nuestra muestra, el 22% no tienen antecedentes de enfermedad mental frente al 2% que si tienen antecedentes en su familia; llegando a ser estadísticamente significativa la relación.



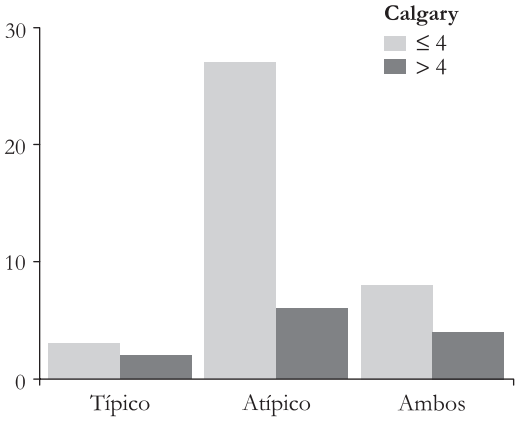
Tipo de tratamiento

Tipo de neuroléptico

Para el estudio de si existía relación entre el tipo de tratamiento que recibía el paciente y si presentaba depresión, primero estudiamos el tipo de neuroléptico administrado, típico (1), atípico (2) o ambos (3) frente a los resultados del Calgary.

El análisis estadístico no fue significativo. Para los pacientes que tomaban neuroléptico típico, un 6% no tenían depresión frente al 4% que si tenían depresión. Los pacientes que estaban con neurolépticos atípicos, que eran la mayoría, un 66%; un 54% no tenían depresión frente al 12% que si la presentaban. Por último, aquellos pacientes que recibían un tratamiento cuya pauta mezclaba ambos tipos de neurolépticos, típicos y atípicos, que contabilizan el 24% de nuestra muestra, un 16% no presentan depresión frente al 8% que si la presentan.

En resumen, de los pacientes que presentan depresión de nuestra muestra, el 24% del total, un 12% estaban con neurolépticos atípicos, un 8% con ambos y por último el 4% con antipsicóticos típicos.



Vía administración tratamiento neuroléptico

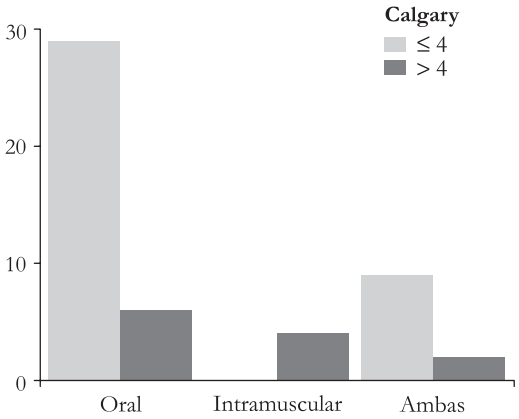
El análisis estadístico que estudiaba la relación entre la vía de administración del tratamiento neuroléptico (oral-1, intramuscular-2, ambos-3) y la presencia de depresión dio valores significativos con la prueba de Chi-cuadrado (p<0,001), pero que no se puede dar como válido debido a que nuestra muestra no es suficiente en número.

De los pacientes sin depresión, que son el 76% del total de nuestra muestra; el 58% estaban con pauta de tratamiento oral solamente. Destaca que de nuestra muestra no había ningún paciente sin depresión y pauta intramuscular. En cambio, un 18% de los pacientes con depresión presentan

pauta de tratamiento que combina medicación oral e intramuscular.

Los pacientes que presentan depresión, que son el 24% de nuestra muestra; el 12% estaban con medicación oral, el 8% pauta intramuscular solamente y un 4% con la combinación de ambas pautas.

Si desglosamos los datos por tipos de tratamiento, del 70% de los pacientes que están con medicación oral, el 58% no presentan depresión frente al 12% que si presentan depresión. Los pacientes con pauta intramuscular solamente son el 8% de la muestra, presentando todos en nuestro estudio depresión. Por último, los pacientes que cuentan con pautas que combinan ambos tratamientos, el 18% no presentan depresión frente al 4% que si la presentan.



Ingresos hospitalarios en unidades de psiquiatría

Ingresos totales

Primero relacionamos los resultados del Calgary, dividiéndolos en dos variables, (1) si ≤ 4 y (2) >4, con el número total de ingresos de cada paciente, que se divide a su vez en (1) ningún ingreso, (2) 1 o 2 ingresos, (3) 3 o 4 ingresos y (5) >4 ingresos. Para el Calgary ≤ 4 detectamos que no ingresa ninguna vez el 24%, ingresa 1 o 2 veces el 40%, o 4 veces el 10% y más de 4 veces el 2%. Para los pacientes con Calgary >4, el 4% no habían ingresado nunca, el 8% había ingresado 1 o 2 veces, el 6% 3 o 4 veces y también el 6% había ingresado más de 4 veces.

Si analizamos los datos teniendo en cuenta el número de ingresos, de los que nunca ingresaron nunca, que son el 28%, el 24% no tenía depresión frente al 4% que sí la presentaba. La mayor parte de la muestra corresponde a los que ingresaron 1 o 2 veces, contabilizando el 48% del total. De estos pacientes que se hospitalizaron 1 o 2 veces, el 40% no presentaban depresión frente al 8% que si presentaban depresión. Los pacientes que ingresaron entre 3 y 4 veces correspondían al 16% de la muestra; donde el 10% no presentaban depresión frente al 6% que si tenían depresión. Por último, los pacientes que ingresaban más de 4 veces, que son el 8%, el 2% no tenían depresión, mientras que el 6% sí tenían depresión.

El análisis estadístico no demostró haber relación significativa entre tener un Calgary >4 y haber tenido mayor número de ingresos hospitalarios psiquiátricos.

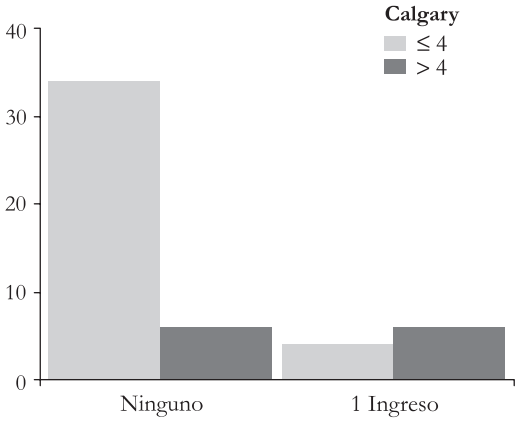
Ingresos hospitalarios psiquiátricos ultimo año

Por último relacionamos los resultados del Calgary, dividiéndolos en dos variables, (1) si ≤4 y (2) >4, con el número de ingresos en el año 2009 de cada paciente, que se divide a su vez en (1) ningún ingreso, (2) 1 ingreso. En esta relación, los datos confirman nuestra hipótesis planteada,

donde los que tienen un Calgary de ≤4 no ingresan en el 68% de las ocasiones, e ingresan un 8%. Los pacientes con Calgary >4 no ingresan el 12% del total, ingresan igualmente el 12% de toda la muestra.

En este caso obtuvimos una relación muy significativa mediante el Test Exacto de Fisher con una p<0,007 a favor de que los pacientes con depresión ingresaran más durante el año en que fue pasado el test.

Destaca que un 60% de los pacientes que ingresaron durante el 2009 presentaban un Calgary >4. Esto contrasta con el dato de que solamente un 15% de los pacientes que no ingresaron durante el 2009 tenían un Calgary indicativo de depresión.



Discusión

En la literatura consultada, pudimos constatar que la prevalencia de síntomas depresivos durante el curso de la esquizofrenia varía entre el 7 hasta el 65% de la muestra. En nuestro estudio obtuvimos un 24% de pacientes que presentaban depresión, que se acerca a lo obtenido por Sands y Harrow en el año 1999 que detectaron 30-40% de depresión en los pacientes diagnosticados de esquizofrenia.

Cuando tratamos de estudiar las causas que podrían dar lugar a depresión en la esquizofrenia, vimos que en nuestro caso fueron estadísticamente significativos el sexo del paciente, antecedentes psiquiátricos familiares y la vía de administración de la medicación antipsicótica.

En el caso del sexo, nuestro estudio dice que los pacientes con depresión tienen un 66,7% de posibilidades de ser del sexo femenino. Este dato no se pudo confirmar con los estudios revisados.

La siguiente relación significativa fue la de antecedentes psiquiátricos familiares y la posibilidad de presentar depresión siendo esquizofrénico. En nuestro trabajo el 91,7% de los pacientes con depresión no tenían antecedentes psiquiátricos. Este dato es llamativo porque si repasamos los factores de mal pronóstico en la esquizofrenia, la historia familiar de esquizofrenia está presente.

Siris en el 2000 afirma que la depresión empeora claramente el curso de la esquizofrenia. Caldwell y Pompili dicen que la depresión en esquizofrenia desencadena el suicidio en muchas ocasiones. Estas afirmaciones, nos dicen que para un paciente con esquizofrenia la depresión empeoraría su pronóstico, al igual que tener algún familiar con esquizofrenia (10). Por ese motivo sería de esperar, que fuese más frecuente que un paciente con antecedentes familiares psiquiátricos fuese más propenso a tener depresión durante el trascurso de su esquizofrenia, debido a que ambos factores son de mal pronóstico por separado.

La explicación para nuestro resultado podría ser en primer lugar por lo limitado de nuestra muestra, en segundo que en nuestro trabajo incluimos cualquier antecedente psiquiátrico, no sólo esquizofrenia, actuando como factor limitador del estudio; y por último la hipótesis que expusimos anteriormente habría que confirmarla en un análisis longitudinal.

Por último, en el apartado de las causas que podrían relacionarse con depresión, obtuvimos significación estadística en el apartado de vía de administración del tratamiento neuroléptico. En este caso no lo podemos dar por válido debido a que no contamos con suficiente muestra. Sin

embargo, no pudimos confirmar el resultado de Krakowski que apuntaba que el haloperidol podía aumentar la prevalencia de depresión en los pacientes esquizofrénicos. La explicación, podría ser que actualmente, el haloperidol como neuroléptico típico que es, cayó en desuso como primera opción en beneficio de otros fármacos de mejor perfil de efectos secundarios (neurolépticos atípicos). En nuestra muestra tenemos tan sólo un 10% de los pacientes con tratamiento típico, de los cuales tan sólo un 4% presentan un Calgary >4.

En cuanto a la evolución de la esquizofrenia en los pacientes con depresión, en nuestro estudio la medimos mediante un indicador indirecto, los ingresos totales e ingresos en el año de estudio.

Para los ingresos totales no obtuvimos significación estadística. Muy distinto es el caso de los ingresos de último año que resultaron muy significativos, puesto que el 60% de los pacientes que ingresaron en el último año tenían un Calgary >4. Siris en el año 2000, afirma que la presencia de depresión empeora la evolución de la esquizofrenia.

Con lo expuesto anteriormente, se confirma que la depresión en los pacientes esquizofrénicos empeora la evolución de esta población. Por ese motivo, parece recomendable la vigilancia de la esfera afectiva en los pacientes esquizofrénicos de modo a lograr una mejor evolución de estos enfermos.

Conclusión

- La depresión en los pacientes esquizofrénicos detectados en nuestra muestra es similar a la encontrada en la literatura.
- La depresión es más frecuente en los pacientes de sexo femenino de forma estadísticamente significativa.
- El resto de variables sociodemográficas no nos aportan información relevante.
- A nivel de los tratamientos, los tipos de neurolépticos usados no resultan ser estadísticamente significativos. En cambio, la vía intramuscular de administración de los neurolépticos si se relaciona con depresión, pero no se puede dar validez a este resultado porque no contamos con muestra suficiente.
- Por último, a nivel de la evolución de los pacientes esquizofrénicos con depresión frente a los que no presentan depresión:
  - Cuando estudiamos relación con ingresos totales no se mostraron significativos.
  - Los ingresos en el último año si se mostraron altamente significativos, señalando que ingresan más los pacientes esquizofrénicos con depresión que coincide con la literatura encontrada que describe una peor evolución de los pacientes esquizofrénicos deprimidos.

Así, teniendo en cuenta los resultados de este estudio, y contando con todas sus limitaciones, parece claro que la depresión en los pacientes esquizofrénicos es un factor importante a tener en cuenta debido a su alta prevalencia y peor pronóstico de cara al curso evolutivo del proceso esquizofrénico. Por ello, sería muy importante vigilar el estado anímico de la población esquizofrénica de modo a evitar complicaciones de su enfermedad de base, y debido a ello dar lugar a más ingresos hospitalarios o conductas suicidas.

Agradecimientos

- A mis compañeras María José Louzao y Marta López por la ayuda prestada.
- Al Dr. Manuel Riobó por el apoyo para la realización de este estudio.
- A la Unidad de Apoyo Fundación del CHUVI, Mª Manuela Fontanillo Fontanillo por su apoyo en el análisis estadístico.

Bibliografía

1. Addington D, Addington J, Matucka-Tyndale E. Assesing depression in schizophrenia: the Calgary

Depression Scale. Br J Psychiatry 1993: 163 (suppl 22):39-44.

2. Addington D, Addington J, Schissel B. Calgary Depression Scale for Schizophrenia (CDSS). En: American Psychiatric Association. Task Force for the Handbook of Psychiatric Measures. American Psychiatric Association. Washington DC, 2000. p:504-507.
3. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E, Joyce J. Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics. Schizophr Res 1992; 6:201-208.
4. Addington D, Addington J, Maticka-Tyndale E. Specificity of the Calgary depression Scale for schizophrenics. Schizophr Res 1994; 11: 239-244.
5. Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV-TR: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 2002.
6. Award GA: Subjective response to neuroleptics in schizophrenia. Schizopr Bullet 1993;19-609-618
7. Brunton LL, Lazo JS, Parker KL. Goodman & Gilman. Las bases farmacológicas de la terapeútica. 11ª ed. Argentina. Mc Graw Hill. 2006; 461-483.
8. Caldwell CB, Gottesman II. Schizophrenics kill themselves too: a review of risk factors suicide. Schizophr Bull 1990; 16:571-89.
9. Green MF, Nuechterlein KH, Ventura J, Mintz J: The temporal relationship between depressive and psychotic symptoms in recent-onset schizophrenia. Am J Psychiatry 1990; 147:179-182.
10. Hirsch SR, Jolley AG, Bames TRE, Curson DA, Patel A, York A, Berch S, Patel M: Dysphoric and depressive symptoms in chronic schizophrenia. Schizophr Res 1989; 2:259-264.
11. Jablensky A. Evolución y pronóstico de la esquizofrenia. En: Gelder MG, López-Ibor JJ, Andreasen N (eds.) Tratado de Psiquiatría. Barcelona: Psiquiatría Editores (Ars Medica) 2003; 728-738.
12. Kaplan HI, Sadock BJ. Sinopsis de psiquiatría. 10ª ed. Barcelona. Wolters Kluwer. 2008; 489.
13. Krakowski M, Czobor P, Volavka J: Effect of neuroleptic treatment on depressive symptoms in acute schizophrenic episodes. Psychiatry Res 1997 71:19-26.
14. Mandel MR, Severe JB, Schooler NR, Gelenberg AJ, Mieske M: Development and prediction of postpsychotic depresión in neuroleptic-treated schizophrenics. Arch Gen Psychiatry 1982; 39:197-203.
15. Möller HJ. Occurrence and treatment of depressive comorbidity/cosyndromality in schizophrenic psychoses: conceptual and treatment issues World J Biol Psychiatry. 2005;6(4):247-63.
16. Ramírez N, Sarro S, Arranz B, Sánchez JM, González JM, San L. Instrumentos de evaluación de la depresión en la esquizofrenia. Actas Esp Psiquiatr 2001;29:259-268.
17. Roy A. Relationship between depression and suicidal behaviour in schizophrenia. In: De Lisi L, editor. Depression in schizophrenia. Washington DC: American Psychiatric Press; 1990. p. 39-58.
18. Siris SG. Depression in Schizophrenia: Perspective in the Era of "Atypical" Antipsychotic Agents. Am J Psychiatry 2000; 157:1379-1389.
19. Skodlar B. Three different meanings of depression in schizophrenia. A phenomenological perspective. Psychiatr Danub. 2009 Sep;21 Suppl 1:88-92.
20. Pompili M et al. Assesment and treatment of suicide risk in schizophrenia. Exper Rev Neurother 2008; 8:51-74.